

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

.....dnia,

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	

<p>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:</p>		<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się</p>	
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta</p>	
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)</p>	
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn</p>	
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym</p>	
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym</p>	
		<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>